



INFORMATIONS AUX PATIENTS

ANESTHESIOLOGIE

Nom :			
Prénom :			
Age :	Poids :	Taille :	
Date de naissance :			
Profession :			
Intervention(s) :			
Opérateur(s) :			
Date prévue :	Ambulatoire <input type="checkbox"/>	ou Hospitalisé	<input type="checkbox"/>

Date et signature : 10/05/2006

Cochez la case SVP non oui ne sais pas

Avez vous déjà subi des **interventions chirurgicales** ?

Si oui, natures et dates :

Avez-vous eu des **complications** ?

Lesquelles ?

Pour les femmes, grossesses : avec Anesthésie

Fausses couches : Péridurale

Grossesse en cours oui Transfusion

Quels sont les médicaments prescrits ou pris régulièrement, dans les 3 derniers mois :

Avez vous eu : une hormonothérapie ? date :
Chimiothérapie
Radiothérapie

